8.

Über Darmcarcinome.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medizinischen Fakultät

der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Dienstag, den 28. März 1899,

Nachmittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Otto Raspe

cand. med.

aus Greifswald i. P.

Opponenten:

Herr Dr. med. Hans Beyer, prakt. Arzt.

Herr Dr. phil. Hans Beck, Candidat des höh. Schulamts.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1899.

Seiner teuren Mutter

und

dem Andenken seines verstorbenen Vaters

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Von den Tumoren, die vom Darmtractus ausgehen können, nehmen nur die malignen Geschwülste ein hervorragendes, klinisches Interesse in Anspruch, die übrigen Neubildungen, wie die Myome, Lipome und Fibroadenome, sind gewöhnlich vollkommen unschädlicher Natur, oder sie werden, wenn sie irgend welche klinischen Erscheinungen hervorrufen, in den meisten Fällen, ausgenommen natürlich durch Operation, kaum diagnosticiert werden können, wenn sie nicht gerade in den Teilen des Rectum sich befinden, die einer digitalen Untersuchung zugänglich sind. Allerdings ist auch wohl einmal hin und wieder ein Fall beachtet worden, wo ein Lipom oder Fibrom den Exitus herbeigeführt hat, jedenfalls aber gehören derartige Fälle zu den extremsten Seltenheiten. Von den malignen Geschwülsten sind Sarkome des Verdauungstractus ebenfalls nur in vereinzelten Fällen bekannt geworden, im Gegensatz zu den Carcinomen, welche viel häufiger vorkommen. Diese letzteren nehmen grösstentheils ihren Ausgang vom Magen oder Oesophagus, seltener vom Darm selbst, und hier sind wieder Krebse, die vom Rectum ausgehen, die häufigsten.

Herr Geheimer Medicinalrat Prof. Dr. Mosler hat mir gütigst gestattet, die in der hiesigen medicinischen Klinik beobachteten Fälle von Darmcarcinomen in Folgendem zu beschreiben, und zwar werde ich die seit 1867 beobachteten Fälle dazu heranziehen.

Was die Ätiologie der Darmcarcinome anbetrifft, so ist dieselbe ebenso unbekannt, wie die der Carcinome überhaupt. Es sind darüber die verschiedensten Theorien aufgestellt die sich aber alle als mehr oder weniger lückenhaft erwiesen

haben. Man hat von Infektion gesprochen, und besonders in den letzten Jahren hat es nicht an Versuchen gefehlt, die Ursache der Carcinome in Parasiten zu suchen und experimentell die Übertragbarkeit epithelialer Neubildungen nachzuweisen. Moraux z. B. (Archives de méd. expér. Nr. 5) konnte eine drüsenähnlich gebaute Geschwulst einer weissen Maus durch subkutane Verimpfung auf andere Mäuse durch mehrere Generationen übertragen. Trotzdem ist aber nie etwas von einer Krebsepidemie bekannt geworden, ebensowenig, wie sich jemals ein Chirurg bei einer Operation inficiert, noch ein Mann sich von dem Uteruscarcinome seiner Frau ein Cancroid des Penis acquiriert hat. Thiersch hat die Hypothese von der „Störung des histogenetischen Gleichgewichts im Alter“ aufgestellt.

Cohnheim vertritt die Ansicht, dass es ein Fehler, eine Unregelmässigkeit der embryonalen Anlage ist, in der die eigentliche Ursache der späteren Geschwulst gesucht werden müsse.

Ribbert hat in einer Monographie die Genese des Carcinoms im Zusammenhang mit den übrigen Wachstumsvorgängen besprochen. Er betont, dass man alle Erscheinungen, die regenerativen sowohl, wie die hypertrophierenden, entzündlichen und geschwulstbildenden, auf die Aufhebung der normalen Gewebsspannung zurückführen kann; Neubildungen entstünden aus Keimen, die intra- oder extrauterin aus dem physiologischen Zusammenhange getrennt worden seien und so ihre sonst durch die Gewebsspannung in Schranken gehaltene Wucherungsfähigkeit zur Geltung bringen könnten.

Andere Autoren haben sich für die Irritationslehre entschieden, nach welcher chronischen Reizen und chronisch entzündlichen Processen eine erhebliche Bedeutung für die Entstehung der Carcinome beizumessen ist.

Bewiesen ist weder die eine noch die andere dieser Theorien. Die thatsächlichen Verhältnisse beim Darmkrebs

jedoch, sowohl in klinischer wie in anatomischer Beziehung, berechtigen zu der Annahme, dass den chronischen Reizen entschieden eine gewisse Mitwirkung bei der Entstehung der Carcinome zukommt. Denn wie wir das Oesophaguscarcinom gerade an den drei, chronischen Reizen durch die Speisen besonders ausgesetzten Stellen, am Anfangsteil des Oesophagus, an der Kreuzungsstelle mit dem linken Bronchus und an der Kardia, vorfinden, so haben wir auch die Mehrzahl der Darmkrebse an gewissen Prädilektionsstellen des Darmkanals, gerade an solchen Partieen, an denen man eine oft wiederkehrende Reizung der Schleimhaut durch längere Stagnation des Darminhaltes annehmen darf. An diesen betreffenden Stellen haben wir auch am häufigsten die Decubitalgeschwüre; und, da wir sicher wissen, dass sich Magencarcinome häufig auf Grundlage einer alten Narbe, die von einem ulcus ventriculi rotundum herrührt, entwickeln, so sind wir auch wohl zu der Annahme berechtigt, dass die Narbe so eines Decubitalgeschwüres bisweilen der Ausgangspunkt eines Darmcarcinomes sein kann. Ferner sind einige wenige Fälle beobachtet worden, wo sich nach der Operation eines Fibroms oder Lipoms an der betreffenden Stelle ein Carcinom gebildet hat.

Dass bei dem einem Geschlechte die Darmcarcinome häufiger vorkommen als beim andern, lässt sich wohl nicht mit Bestimmtheit sagen; doch soll nach den meisten Statistiken das männliche Geschlecht häufiger befallen sein.

Bezüglich des Alters hingegen sind die Verhältnisse entschieden bemerkenswerther.

Wie ja überhaupt das Carcinom eine Erkrankung des höheren Lebensalters ist, so gilt dies auch im Allgemeinen von den Darmkrebsen; das 40. bis 65. Lebensjahr erkrankt am häufigsten. Und doch wird immer wieder ab und zu die Wahrnehmung gemacht, wie ja auch die folgenden Krankengeschichten beweisen, dass besonders Darmcarcinome auch in früheren Lebensjahren vorkommen. Nothnagel z. B. be-

richtet von einem an einem 12jährigen Knaben beobachteten Coecumcarcinom, Schöning hat 2 Fälle von Mastdarmkrebs bei jungen Mädchen unter 20 Jahren und Clar ein Carcinoma medullare coli bei einem 3jährigen Knaben beobachtet. Dieses frühzeitige Vorkommen von Darmkrebsen muss entschieden beachtet werden, um vorkommenden Falles einen diagnostischen Irrtum zu vermeiden, der sehr verhängnissvoll werden könnte.

Wenn wir nun etwas näher auf den Sitz des Darmkrebses eingehen, so finden wir in den Statistiken durchschnittlich übereinstimmende Angaben. Um dies klarer zu veranschaulichen, möchte ich kurz einige statistische Berechnungen anführen. Maydl berichtet, dass durchschnittlich der zehnte Teil aller zur Sektion gekommenen Carcinome auf den Darm kommen. Und zwar bezeichnet er das Duodenum mit 2 %, das Ileum mit 4 %, den Dickdarm mit 46 % und den Mastdarm mit 48 %. Nothnagel macht folgende Angaben: Im Jahre 1882—1893 sind im pathologischen Instituts zu Wien 243 Fälle von Darmkrebs zur Sektion gekommen. Davon sassen im Duodenum 5, im Ileum 6, im Dickdarm 118 und im Mastdarm 114.

Bryant hat unter 110 Sektionen: 6 Carcinome des Dünndarms, 7 des Coecums und der Ileocöcalgegend, 19 des Colon transversum, 78 des Sromanum und Rectum.

Bemerkenswerth ist, dass unter allen diesen vielen Fällen kein einziges Mal ein Krebs des Jejunum verzeichnet ist. Einzelne Autoren, besonders französische Aerzte sind noch in den 80er Jahren soweit gegangen, dass sie überhaupt das Vorkommen primärer Carcinome des Dünndarms als zum mindesten zweifelhaft hinstellten und sogar erklärten, dass die immerhin noch ein wenig häufiger vorkommenden Duodenumcarcinome stets von einem Pyloruskrebs ausgingen.

Dass diese Behauptungen entschieden auf Irrtum beruhen, beweisst mir sowohl das Durchlesen der heutigen Litteratur, als auch besonders drei in der hiesigen medizinischen Klinik beobachteten Fälle von primären Dünndarm-

carcinomen, auf die ich noch im Verlaufe meiner Arbeit zurückkommen werde.

Eine ganz charakteristische Thatsache aber ist die Seltenheit des eigentlichen Dünndarmkrebses gegenüber dem des Dickdarms; und wenn einzelne Autoren auch den Dünndarm öfter krebsig erkrankt annehmen, so erklärt sich dies wohl daraus, dass sie die Krebse an der Bauhin'schen Klappe dem Dünndarm zuerteilen, was doch wohl kaum gerechtfertigt sein dürfte.

Wenn wir diese Mitteilungen zusammenfassen, so ergiebt sich: der weitaus am häufigsten erkrankte Darmabschnitt ist das Rectum, dann kommt das Sromanum, das Coecum und die übrigen Teile des Colon; sehr viel seltener ist eine krebsige Erkrankung des Dünndarms, und von diesem erkrankt relativ am häufigsten das Duodenum und dann das Ileum. Ein Krebs des Jejunum dürfte wohl nur in ganz vereinzelten Fällen bekannt geworden sein.

Die Darmkrebse sind durchschnittlich primärer Natur; krebsige Metastasenbildungen im Darm selbst kommen nur äusserst selten vor; es hat der Satz von Virchow noch immer seine Gültigkeit, der besagt, dass diejenigen Organe selten Sitz secundärer Neubildungen sind, die vorzugsweise primär erkranken, während sich andrerseits in den Organen, in denen sehr oft Metastasen auftreten, wieder selten das Carcinom primär entwickelt. Selbstverständlich sehe ich ganz davon ab, dass, wie es ja häufiger vorkommt, ein Uteruscarcinom auf das Rectum übergeht, oder ein Carcinom der Gallenblase oder des Pylorus auf das Duodenum. Wohl aber bilden die Carcinome der Abdominalorgane, deren venöses Blut sich in der Pfortader vereinigt, Metastasen in der Leber.

Meistenteils sind auch, da ja die Carcinome sich auf dem Wege der Lymphbahn ausbreiten, im Gegensatz zu den Sarkomen, welche ihre Keime durch die Blutbahn entsenden, die Lymphgefässe des Mesenteriums, zuerst natürlich die

zunächstliegenden, und die retroperitonealen Lymphdrüsen stark krebsig infiltriert, bisweilen so stark, dass erstere zu federkieldicken Strängen confluiert und die Drüsen zu einem unentwirrbaren Knäuel verwachsen sind. Bei einem Carcinoma recti sollen die benachbarten Lymphdrüsen nicht so häufig, wie bei anderen Darmcarcinomen erkranken, und darauf beruhen denn auch wohl hauptsächlich die im allgemeinen günstigeren chirurgischen Erfolge.

Was die verschiedenen Arten der im Darm vorkommenden Carcinome anbetrifft, so wollen wir nur kurz anführen, dass wir am häufigsten das Carcinoma simplex antreffen, den Normalkrebs, bei dem Stroma und Epithel im mittleren Verhältnis bestehen. Dessen gewöhnlicher Sitz ist der Dickdarm, namentlich der untere Teil des Rectum, gerade über dem Sphincter ani. Ebenfalls nicht allzuselten ist der Markschwamm, Carcinoma medullare; er ist von weicher Konsistenz, das Stroma ist weniger, das Ephitel überwiegend in grossen Ephitelkörpern vorhanden. Besonders bei jüngeren Individuen kommt am Darmtractus der „Gallertkrebs,“ Carcinoma gelatinosum sive alveolare, vor; man kann schon mit blossem Auge die mit Gallerte angefüllten Alveolen erkennen, die ihm ein fischrogenartiges Aussehen verleihen; diese gallertige Veränderung betrifft vorzugsweise das Stroma.

Bemerkenswert ist, dass der im Magen so häufig vorkommende Scirrhus, der infolge des reichlichen Stromas sich hart anfühlende Krebs, dessen Krebskörper schmal und spaltenförmig und dessen Alveolen klein sind, im Darm eine äusserst seltene Erscheinung ist, wenn auch die einfachen Rectumcarcinome bisweilen an einzelnen Stellen in ihrer Peripherie oder im Geschwürsgrund scirrhösen Charakter tragen.

Genauer auf die Genese und auf die histologischen Einzelheiten einzugehen, würde zu weit führen. Wir wenden uns deshalb im Kurzen dem makroskopischen Verhalten zu.

Ein in der Entstehung begriffenes Darmcarcinom zu betrachten, wird man selten Gelegenheit haben. Es zeigt, wie jede bösartige Neubildung, seine Malignität nach zwei Seiten hin; zunächst vergrössert sich die Geschwulst in loco, das Nachbargewebe wird anfangs von den Krebsmassen durchwuchert und später vollkommen substituiert, was man eben als „infiltratives Wachstum“ bezeichnet. Diese Neubildung nun ist an Grösse, Form, Oberfläche, Verbreitung und Folgezuständen ausserordentlich verschieden. Wir finden Tumoren, die grösser als 2 Fäuste sind, andere ragen polypenartig in das lumen des Darms hinein, wieder andere breiten sich mehr flächenhaft oder ringförmig aus, so dass bisweilen die Darmwand eine Strecke lang in ein fast starres Rohr verwandelt wird. Selten findet man eine glatte Oberfläche; viel häufiger exulceriert dieselbe, was dann Veranlassung zu Blutungen und Eiterungen giebt. Alle diese Wachsthumsvorgänge, so variabel sie sind, werden natürlich zur Ursache einer Verengerung des Darmlumens, die so hochgradig werden kann, dass man nur noch mit dem Finger, ja mit der Sonde durchdringen kann.

Sehr oft kommen Verklebungen und Verwachsungen benachbarter Darmschlingen untereinander oder zwischen dem carcinomatösen Darmstück und dem Peritoneum vor, was zu Abknickungen und Stenoseerscheinungen führen kann. Dass diese Verlötungen bei einer ev. Operation ungemeine Schwierigkeiten verursachen, liegt auf der Hand. Weiterhin kommt es infolge der peritonitischen Verwachsungen und der Ulcerationen häufig zu einer Peritonitis, zu Kotabscessen und Perforationen. Letztere führen manchmal zu merkwürdigen Kommunikationen zwischen den einzelnen Darmabschnitten, welche klinisch sogar eine Spontanheilung vorzutäuchen vermögen. Es könnte z. B. eine zwischen dem oberen Abschnitte des Dünndarms und dem Dickdarm entstehende Perforation eine Stenose des unteren Dünndarms umgehen und so die ganzen klinischen Erscheinungen mit einem Schlage verwischen. Eine thatsächliche Heilung ist

natürlich ohne operative Hülfe vollkommen ausgeschlossen; der Tod würde doch früher oder später durch Inanition und Resorption faulender Substanzen, ganz abgesehen von dem weiteren Wachsen des Krebses, erfolgen.

Die klinischen Erscheinungen nun, auf welche sich die Diagnose gründet, sind recht verschieden, wie ja auch aus dem vorher Besprochenen teilweise hervorgeht. Doch sind es einige allgemeine Symptome, die sowohl den Krebsen des Dünndarms, wie des Dickdarms gemeinsam sind. Da finden wir fast regelmässig die sogenannte Krebsanämie und Krebskachexie, die gewöhnlich Hand in Hand gehen, mitunter eilt aber auch die eine der andern voraus. Den Verdacht auf eine schwere Allgemeinerkrankung erregt zuerst die Wahrnehmung der Kranken, wie besonders deren Umgebung, dass sie blass aussehen und von Tag zu Tag zusehends abmagern. Sie fühlen sich schwach und matt und können nicht mehr ihrer alten, gewohnten Beschäftigung nachgehen. Lokale Symptome treten weniger in den Vordergrund. Zuerst macht sich eine gewisse Obstipation bemerkbar, auf die die Kranken aber im grossen und ganzen wenig achten, da sie anfangs durch Abführmittel leicht zu beseitigen ist und auch vielleicht schon so wie so lange Jahre bestanden hat.

Dass auch Fieber, besonders bei den weichen, rasch wachsenden Carcinomen auftreten kann, beweisen, wenn man auch vielfach das Gegenteil behauptet hat, doch schon zwei von den folgenden Krankengeschichten.

Ich werde jetzt die verschiedenen, hier beobachteten Fälle anführen und im Anschlusse daran die betreffenden speciellen Erscheinungen und Symptome etwas näher besprechen.

1. Fall. (1867).

Frau Z., 28 Jahre alt, stammt von gesunden Eltern, ist auch selbst nie krank gewesen. Nach ihrer vierten Niederkunft vor 3 Jahren musste sie wegen heftiger Schmerzen in der fossa iliaca sinistra und wegen Harnschneidens $^1/_4$ Jahr

das Bett hüten. Die Schmerzen liessen nach, traten aber vor einem Jahre, als sie zum 5. Mal schwanger war, mit erneuerter Heftigkeit auf, besonders im Mastdarm, mit häufigem Stuhldrang und flatus, doch ohne durchfälligen Stuhl. Nach der Entbindung liessen die Schmerzen etwas nach, waren aber bald ebenso stark wie vorher. Besonders klagt Patientin jetzt über Schmerzen in der fossa iliaca sinistra, Druckgefühl und Obstipation.

Patientin sieht sehr kachektisch und anämisch aus. Von Seiten der Lungen und des Herzens bestehen keine Abnormitäten. Der Bauch erweist sich, besonders in der fossa iliaca sinistra, bei der Palpation als schmerzhaft. Dort gewahrt man einen etwa Gänseei grossen Tumor von harter Consistenz. Druck auf denselben steigert die Schmerzhaftigkeit.

Diagnose: Carcinoma recti.

Die Behandlung bestand in Laxantien und Narcoticis. Die Kräfte schwanden immer mehr; Patientin wurde auf ihren dringenden Wunsch in sehr elendem Zustande entlassen.

2. Fall (1875).

Frau W., 41 Jahre, ist hereditär nicht belastet. Sie selbst ist früher viel krank gewesen, hat u. a. im Jahre 1871 die Cholera durchgemacht. Das jetzige Leiden begann vor einem Jahre zuerst mit Schmerzen im Mastdarm, die Tag und Nacht anhielten und stechend, bohrend waren; der Stuhlgang erregte besonders unerträgliche Schmerzen. Allmählich trat auch eine Geschwulst am anus auf. Seitdem verlor Patientin häufig Blut; zugleich trat incontinentia recti ein. Im Februar 1875 liess sich Patientin in die chirurg. Klinik aufnehmen, wurde aber als inoperabel der medizinischen Klinik überwiesen (8. III.).

Patientin sieht kachektisch und anämisch aus. Herz und Lungen sind normal. Das Abdomen ist mässig aufgetrieben und bei der Palpation in der regio ileocolica und flexura col. sin. schmerzhaft. Am anus befindet sich eine exulcerierte

Geschwulst, die sich hart anfühlt. Die Digitalexploration ergiebt, dass dieselbe sich ca. 1 Finger hoch in das Rectum fortsetzt und allseitig dasselbe umfasst. Es besteht Fieber, trotzdem ist das Befinden verhältnismässig gut.

Diagnose: Carcinoma recti.

Es wurde Chinin. sulfuric. 1,0 tgl. u. Mixt. acid. gegeben. Am 12. III. trat der Exitus ein. Die Sektion ergab ein exulceriertes Rectumcarcinom mit Metastasen in der Leber.

3. Fall (1882).

Arbeiter S., 55 Jahre, ohne hereditäre Belastung.

Vor einem Vierteljahre hat er heftige Durchfälle gehabt, nach seiner Angabe infolge einer Erkältung, so dass er tgl. 18—20 mal zu Stuhl gehen musste. Zugleich klagt er über Schmerzen in der Gegend der linken fossa iliaca. Da die angewandten Mittel nicht halfen, liess er sich am 11. Febr. 1882 in die medizinische Klinik aufnehmen.

Patient ist von kräftiger Natur, sieht aber sehr anämisch aus. Lunge und Herz normal. Bei der Palpation des Abdomens fühlt man in der Gegend des Colon descendens eine harte, knollige, wenig verschiebbare Geschwulst; die Inguinaldrüsen sind geschwollen, besonders links. Bei der Exploratio per anum gelangt man mit dem Finger erst in eine geräumige Höhle und nachher an eine sehr stenosierte Stelle, an welcher Patient lebhaften Schmerz empfindet.

Diagnose: Carcinoma recti.

Die Therapie bestand in Einläufen und anderen symptomatischen Mitteln. Auf seinen Wunsch wird Patient am 4. März ungeheilt entlassen.

4. Fall (1883).

Hofbesitzer K., 40 Jahre. Hereditäre Verhältnisse sind nicht nachweisbar. Sein jetziges Leiden hat im Verlaufe des letzten halben Jahres begonnen, ohne dass er über die Ätiologie irgend welchen Aufschluss geben könnte. Er klagt über Appetitlosigkeit, Schmerzen im Bauche und Stuhlverstopfung,

ferner über Schmerzen beim Stuhlgang, der oft ein blutig tingiertes Aussehen hat. Er lässt sich am 22. Oktober 1883 in die medizinische Klinik aufnehmen.

Patient sieht bleich und etwas kachektisch aus. Die Zunge ist belegt und trocken, kein Appetit, Stuhlgang ist seit zwei Tagen nicht erfolgt. Am Anus zeigen sich mässig ausgedehnte, bläuliche Wulstungen, die als Hämorrhoiden diagnostiziert werden. Die Rectaluntersuchung ergiebt, dass in einer Tiefe von ungefähr 5 cm am hinteren Teile der Mastdarmschleimhaut sich ein Tumor von etwa Kastaniengrösse vorfindet. Dieser vergrössert sich von Tag zu Tag, es erfolgt der Stuhlgang fast nur noch mit Blut und Eiter untermischt. Das Aussehen des Patienten wird immer kachektischer.

Diagnose: Carcinoma recti.

Die Therapie bestand in Laxantien, roborierender Diät und Stomachicis. Patient ist schwer krank auf seinen Wunsch am 26. X. entlassen.

5. Fall (1884).

Tischlermeister S., 56 Jahre, stammt aus gesunder Familie. Sein Leiden begann vor einem halben Jahre und zwar mit Aufstossen nach dem Essen, Druckgefühl im Leibe, Stuhlverstopfung und häufigem Stuhldrang, wobei sich aber immer nur geringe Mengen, in letzter Zeit nur flüssige Massen entleerten. Aufnahme am 8. Juli 1884.

Ziemlich kräftiger Mann, Lungen und Herz sind gesund. Das Abdomen ist stark aufgetrieben, die Palpation schmerzhaft; in der Inguinalgegend fühlt man leicht geschwollene Lymphdrüsen. Bei der Rektalexploration fühlt man an der hinteren Darmwand einen Tumor, dessen obere Grenze sich mit dem untersuchenden Finger nicht erreichen lässt. In den letzten Tagen tritt auch noch Schwindel und Erbrechen auf.

Diagnose: Carcinoma recti.

Die Behandlung ist symptomatisch. Patient wird am 3. Tage behufs Operation auf die chirurgische Klinik verlegt.

6. Fall (1888).

Bodenmeister H., 38 Jahre. Es ist keine hereditäre Be lastung nachweisbar. Patient will früher nie krank gewesen sein. Seine jetzige Krankheit begann vor einem halben Jahre. Er hatte fortwährend Stuhldrang, ohne dass Entleerung erfolgte. Bei Druck auf die Inguinalgegend vernahm er deutliches Gurren. Beim Stuhlgang, der stets mit grossen Schmerzen verbunden war, hatte Patient das Gefühl, als ob sich den Faeces ein mechanisches Hindernis in den Weg stelle; mehrmals erfolgten auch ziemlich starke Blutungen per anum von tief dunkelroter Farbe.

Patient sieht sehr blass und leidend aus. Das Abdomen ist nicht aufgetrieben; die Palpation desselben ist von der Symphyse nach links und aufwärts, sowie über der linken Inguinalgegend sehr schmerzhaft und lässt einen Tumor von etwa Gänseeigrösse erkennen. Die Exploratio per anum ergiebt vorn und aufwärts am Rectum einen sich weich anfühlenden Tumor von Gänseeigrösse. Von Seiten der anderen Organe bestehen keine Erscheinungen.

Diagnose: Carcinoma recti.

Die Therapie bestand in Bettruhe, roborierender Kost und Laxantien. Das Befinden wird trotzdem immer schlechter. Am 21. Juni wird Patient auf seinen dringenden Wunsch entlassen.

7. Fall (1887).

Wirtschafterin G., 31 Jahre, stammt von gesunden Eltern. Sie hat schon seit langen Jahren an Stuhlverstopfung gelitten, doch ohne weitere, bedeutendere Beschwerden. Vor einem halben Jahre fühlte Patientin Schmerzen im Leibe, die sich auf Druck und nach dem Essen verstärkten. Der Appetit war schlecht, die Verdauungsthätigkeit lag sehr danieder. Erfolgte einmal Stuhlgang so enthielten die Faeces viel Blut und sahen schwarz aus. Meistens trat nach dem Essen Erbrechen ein. Aufnahme am 31. Juli 1887.

Patientin sieht sehr kachektisch aus. Das Abdomen ist mässig aufgetrieben und bei der Palpation schmerzhaft. In der rechten Regio iliaca fühlt man einen Tumor von der Grösse eines Apfels. Dieser war von den behandelnden Ärzten als Wanderniere und Ovarialtumor diagnosticiert worden. Durch bimanuelle Untersuchung wird erwiesen, dass es sich um ein Dickdarmcarcinom handelt. Die ganze Nahrung wird sofort wieder erbrochen, ein Klysma steht nicht, sondern fliesst vielmehr klar ab.

Diagnose: Carcinom der Dickdarms.

Klysmata und Laxantien nützen nichts. Das Körpergewicht der Patientin, das früher 135 Pfd. betrug, ist allmählich auf 96 Pfd. zurückgegangen. Am 3. August tritt der Exitus ein.

Die Sektion bestätigte die Diagnose.

8. Fall (1889).

Maurerfrau P., 40 Jahre. Die Mutter ist an Carcinoma ventriculi gestorben, Vater gesund. Ihr Leiden begann vor 4 Wochen ganz plötzlich mit einem Schüttelfrost, Fieber, Schmerzen in der rechten Seite und in der Herzgrubengegend; zugleich stellten sich heftige Kopfschmerzen ein. Appetit war nicht vorhanden, dagegen sehr viel Durst; seit 8 Tagen, nachdem Patientin das Bett schon verlassen hatte, hatte Patientin heftige Schmerzen nach dem Essen, zuweilen auch Erbrechen Der Stuhlgang war unregelmässig, sehr hart und mit heftigen Schmerzen verbunden. Der Arzt stellte die Diagnose auf Typhus. Am 8. I. 89 Aufnahme in die Klinik.

Die Patientin fiebert; Appetit schlecht, grosses Durstgefühl, foetor ex ore, das Abdomen ist etwas aufgetrieben, auf Druck nicht schmerzhaft, Stuhlgang angehalten und hart. Patientin hat Husten und reichlichen Auswurf. Überall Rasselgeräusche auf der Lunge, perkutorisch nichts nachweisbar. Von Seiten der anderen Organe bestehen keine Erscheinungen. Die Diagnose wird vorläufig in suspenso gelassen. Die Therapie wendet sich gegen die katarrhalischen Erscheinungen

der Lunge, ausserdem Bettruhe, Diät, 3 × tgl. 1 Pulver Calomel 0,3. In den nächsten Tagen beherrscht die Bronchitis das Krankheitsbild, der Stuhlgang ist noch immer angehalten. Pat. erhält Bäder und einen Tannineinlauf und fühlt sich sehr wohl darnach. Am 25. I. hatte sie heftiges Erbrechen, das 4 Tage lang anhielt, die Bronchitis ist so ziemlich gehoben, doch besteht noch immer Hustenreiz. Am 8. II. stellen sich jedoch die katarrhalischen Erscheinungen mit erneuter Heftigkeit und unter heftigem Fieber wieder ein. Der Stuhlgang ist immer noch sehr angehalten. Am 20. II. tritt wiederum Erbrechen ein, das Abdomen ist schmerzhaft, Eisbeutel. Das Aussehen der Patientin wird recht kachektisch. Patientin erhält Excitantien und Narkotica. Anfang März zeigt der Stuhl nun öfters Blutbeimengungen; es entsteht der Verdacht auf ein Carcinoma recti. Die Exploratio per anum ergiebt denn auch einen weichen, unregelmässigen Tumor, ca. 15 cm oberhalb des Anus. Das Leiden schreitet unaufhörlich fort, die Stühle sind fortgesetzt blutig und von aashaftem Gestank. Am 19. III. trat der Exitus ein.

Die Sektion bestätigte die Diagnose.

9. Fall (1890).

Lohgerber B., 74 Jahre. Seine Mutter ist an Carcinoma ventriculi, seine Schwester an chronischer Obstipation gestorben. Er selbst ist immer gesund gewesen. Vor 8 Wochen verlor Patient sehr viel Blut aus dem After, sein Stuhlgang war auch blutig, und zu gleicher Zeit bemerkte er Anschwellung der Inguinaldrüsen. Ausser den Blutungen empfand er als Beschwerden, dass er nur unter heftigen Schmerzen im Anus sitzen oder auf dem Rücken liegen konnte: der Stuhlgang war immer angehalten. Aufnahme am 2. V. 90.

Das Abdomen ist nicht aufgetrieben, auch auf Druck nicht schmerzhaft, Appetit gut. Ist der Stuhl dick, so erfolgt er unter bedeutenden Schmerzen, ist er dünn, sind die Schmerzen geringer. Aus dem After tropft ein blutiges mit Eiter ver-

mischtes Sekret. Die Exploratio per anum ergiebt das Vorhandensein einiger Knollen mit Ulcerationen, die hoch hinauf gehen, so dass das Ende derselben nicht erreicht werden kann. Die Inguinaldrüsen sind deutlich geschwollen, bei der Palpation kann man genau einzelne Knollen heraustasten.

Diagnose: Carcinoma recti mit Metastasen in den Inguinaldrüsen.

Die Therapie beschränkt sich auf die Sorge für offenen Leib und dünnen Stuhlgang, im weiteren Verlauf werden wegen der kolossalen Schmerzen Narkotica gereicht. Patient wird auf seinen Wunsch am 12. V. 1890 entlassen.

10. Fall (1891).

Frau R., 64 Jahre. Keine hereditäre Belastung. Patientin hat, 22 Jahre alt, Typhus gehabt. Ihr Leiden begann vor ca. 8 Wochen. Es stellte sich Appetitlosigkeit, dabei Druckgefühl im Unterleib ein. Der Stuhlgang war schlecht, es musste durch Laxantien nachgeholfen werden, auch gingen die Blähungen nicht ab; zu öfteren Malen war dem Kote Blut beigemengt. Aufnahme am 1. Febr. 1891.

Patientin sieht sehr kachektisch aus. Zunge ist belegt, Appetit nicht vorhanden. Das Abdomen ist ziemlich stark aufgetrieben. In der Ileo-coecalgegend fühlt man einen harten, gut apfelgrossen Tumor, der bei der Palpation stark schmerzhaft ist. In der Bauchhöhle ist freier Hydrops ascites in geringer Menge vorhanden. Bröckliger, schafkotähnlicher Stuhl. Die Exploratio per vaginam schliesst einen von den Sexualorganen ausgehenden Tumor aus.

Diagnose: Carcinoma coeci.

Die Behandlung ist symptomatisch. Im weiteren Verlaufe stellt sich Erbrechen ein, die Kachexie schreitet unaufhörlich fort. Am 8. II. tritt der Exitus ein. Die Sektion bestätigte die Diagnose; es waren Metastasen in der Leber vorhanden.

11. Fall (1894).

Frau A., 43 Jahre. Vater ist an Magenkrebs gestorben. Vor 4 Jahren wurde ihr wegen Mastdarmkrebses ein Teil des Darmes in der hiesigen chirurgischen Klinik reseciert, nacher wurde sie wegen Prolapsus ani dreimal wieder behandelt. — Schon seit längeren Wochen hatte Patientin jetzt über schlechten Appetit, Schlaflosigkeit und allgemeine Mattigkeit zu klagen. Da traten plötzlich vor drei Wochen unter Schüttelfrost mit nachfolgendem hohen Fieber stechende Schmerzen in der Kreuz- und Lebergegend auf. Diese Anfälle wiederholten sich täglich, oft mehrmals, und waren bald von kürzerer, bald von längerer Dauer. Allmählich wurden die Schmerzen konstant. Der Appetit war gering, saures Aufstossen, in den letzten 14 Tagen hat Pat. grünliche, übelriechende Massen erbrochen und ist sehr abgemagert. Dabei heftiger Husten, Luftmangel und quälende, stechende Schmerzen in der linken Seite. Die Aufnahme erfolgte am 18. IV. 94.

Die Untersuchung der sehr kachektischen Frau ergiebt einen Tumor des Rectum und der Leber. Die Perkussion der schmerzenden Stelle der linken Lunge ergiebt starke Dämpfung, die Auskultation bronchiales und unbestimmtes Atmen.

Diagnose: Carcinoma recidivum recti et metastases hepatis et pulmonis sinistri.

Patientin erhält Morphium und Arsen und Pinseln des Afters mit Cocain. Sie wird auf ihren Wunsch ungebessert am 23. VI. 94 entlassen.

12. Fall (1897).

Büdnerwittwe S., 53 Jahre alt. Hereditäre Verhältnisse sind nicht nachweisbar. Patientin will früher nie krank gewesen sein. Ihre jetzige Krankheit begann vor $^1/_4$ Jahre. Sie hatte das Gefühl von Völle im Leibe und Kneifen und Schmerzen, besonders nach dem Essen. Vor ca. 6 Wochen schwoll das Abdomen sehr stark an, sie fühlte sich sehr matt,

dass sie das Bett hüten musste. Der Appetit verschlechterte sich mehr uud mehr, der Stuhlgang war etwas angehalten, und die Abmagerung nahm schnell zu. Aufnahme am 24. II. 97.

Patientin sieht sehr abgemagert und anämisch aus, die Wangen sind fieberhaft gerötet. Der Appetit ist schlecht, Durst gesteigert; es besteht Aufstossen, etwas Obstipation. Das Abdomen ist besonders links meteoristisch aufgetrieben, hier fühlt man deutlich vermehrte Resistenz, die sich vom Nabel nach abwärts zieht und in ihrer Lage der Flexura sigmoidea entspricht. Die Exploratio per vaginam ergiebt keine Abnormität.

Diagnose: Carcinoma coli descendentis.

Patientin wurde am 4. IV. 97 auf die chirurgische Klinik verlegt.

13. **Fall** (1897).

Arbeiterfrau W., 58 Jahre; Eltern gesund, Geschwister gleichfalls. Patientin will selbst noch nie krank gewesen sein. Vor einem Vierteljahre traten plötzlich ohne nachweisbare Ursache heftige Durchfälle ein, die zwar bald an Intensität nachliessen, allein seit dieser Zeit hat sich Patientin nie recht wohl gefühlt. Der Stuhlgang wollte nicht mehr spontan erfolgen und die Winde gingen ebenfalls nicht ab. Auch stellte sich Aufstossen und Erbrechen ein; der Stuhlgang ist seit diesen 14 Tagen nicht mehr erfolgt, selbst durch Einläufe liessen sich nur geringe Mengen entleeren. Patientin giebt an, schon Jahre lang an Verstopfung gelitten zu haben. Aufnahme am 24. III. 97.

Patientin sieht blass und ziemlich kachektisch aus. Der Leib ist ad maximum tympanitisch aufgetrieben; die Palpation des Leibes ist schmerzhaft, Zunge stark belegt, sehr starker Foetor ex ore. Die Untersuchung per vaginam ergiebt normale sexuelle Verhältnisse. Beim Versuch eines hohen Einlaufes stösst man in geringer Höhe auf Widerstand, den die

Sonde nicht überwinden kann. Bei der Digitaluntersuchung ist der Tumor nicht zu erreichen.

Diagnose: Carcinom des Dickdarms, Ileus.

Patientin wird behufs Operation am nächsten Tage auf die chirurgische Klinik verlegt.

14. Fall (1898).

Arbeiter E, 64 Jahre. Hereditäre Verhältnisse lassen sich nicht nachweisen. Vor einem halben Jahre trat ziemlich plötzlich Stuhlträgheit ein, die jedoch durch ärztliche Behandlung gehoben wurde. Seitdem ist er nie mehr recht mit seinem Stuhlgang in Ordnung gewesen. Vor ca. 4 Wochen traten die Beschwerden besonders stark hervor, Abführmittel halfen nicht, deswegen liess er sich am 4. XII. 98 in die hiesige Klinik aufnehmen.

Patient ist sehr abgemagert und sieht blass aus. Der Appetit ist schlecht, Durst gesteigert, die Zunge belegt; es besteht saures Aufstossen, Stuhlgang ist seit ca. 4 Tagen angehalten. Der Leib zeigt sich stark aufgetrieben. Bei der Palpation lässt sich eine abnorme Resistenz fühlen; die Inguinaldrüsen sind leicht geschwollen. Bei der exploratio per anum kommt man sofort auf einen grossen Tumor, der sich hart anfühlt und schwer verschieblich ist. Durch denselben wird das Lumen des Rectums stark verengt, so dass man es nur mit der Fingerkuppe passieren kann.

Diagnose: Carcinoma recti.

Die Therapie bestand in priessnitschen Umschlägen und Essentia Condurango. Patient wird am 14. XII auf seinen dringenden Wunsch entlassen.

Wenn wir diese 14 hier beobachteten Fälle etwas näher betrachten, so können wir die Wahrnehmung machen, dass diese Krankheitsbilder im grossen und ganzen den gewöhnlichen entsprechen. Bemerkenswerth ist, dass sich unter diesen 14 Fällen 8 Frauen befinden, während sonst das männliche Geschlecht vorwiegend vom Dickdarmkrebs betroffen zu werden

pflegt: Vor allen Dingen möchte ich nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass sich unter den hier angeführten Kranken 4 Fälle befinden, die noch nicht ein Alter von 40 Jahren erreicht haben. Allerdings sind es ja keine Kinder, wovon Nothnagel und Clar Beispiele bringen; aber immerhin ist Fall I erst 28 Jahre, Fall VII erst 31 Jahre, Fall VI zählt 38 Jahre und Fall XI wurde mit 39 Jahren in der hiesigen chirurgischen Klinik operirt, wie wir aus der Krankengeschichte erfahren. Drei von diesen Fällen gehören merkwürdigerweise dem weiblichen Geschlechte an; und auch die Fälle von Darmkrebs bei Individuen unter 40 Jahren, die „Schöning“ beobachtet hat, betrafen 20 jährige junge Mädchen. Von den übrigen mir hier zu Gebote stehenden Fällen sind drei im Alter von 40 u. 41 Jahren, darunter wiederum 2 Frauen. Es wäre interessant, darüber nähere Nachforschungen anzustellen, ob thatsächlich das weibliche Geschlecht in früheren Lebensjahren mehr als das männliche zum Darmkrebs neigt; doch würde das hier zu weit führen.

Wenden wir uns nun noch einmal etwas näher den Symptomen zu, welche den Patienten zuerst aufgefallen sind und sie trieb, ärztliche Hülfe aufzusuchen.

Die spontanen Schmerzempfindungen sind zuweilen recht schwach; eine dumpfe Spannung, eine unangenehme Sensation, ein Gurren sind am häufigsten, wie wir dies ja auch bei den meisten unserer Fälle beobachten können. Nach dem Essen und bei der Defäkation besonders pflegen sich die Schmerzen zu verstärken. Beweisen thun sie ja allerdings für ein Carcinom nur verhältnismässig wenig, besonders da sie oft von den Patienten vollkommen verlegt werden.

Bedeutungsvoller wollen mir schon die Kolikanfälle, wie sie, bald stärker, bald weniger stark, bei Fall I und besonders bei Fall VIII und XI beobachtet wurden, erscheinen. Die Patienten wollen bisher ganz gesund gewesen sein und dann plötzlich entweder nach dem Genusse eines Nahrungsmittels

oder infolge einer Erkältung oder auch ohne jede besondere Veranlassung heftige, kolikartige Schmerzanfälle bekommen haben. Die Ursache dürfte wohl in der durch Krebs bedingten Stenose und den daraus resultierenden Stauungsvorgängen zu suchen sein.

Mit diesen Koliken zugleich oder im Gefolge derselben tritt dann eine mehr oder weniger hartnäckige Verstopfung auf, wie ja überhaupt die Obstipation eines der ersten und bemerkenswertesten Symptome ist. Bei einigen Kranken hat sie schon jahrelang vorher bestanden, und es ist durchaus nicht ausgeschlossen, ob sie nicht durch ihren chronischen Reiz auf die Darmwände das Zustandekommen des Carcinoms begünstigt hat. Die Obstipation beherrscht, wie ja auch leicht erklärlich, in den meisten Fällen das Krankheitsbild; doch belehren uns Fall XIII und vor allen Dingen Fall III darüber, dass auch bisweilen das Gegenteil der Fall ist; die Ursache der Diarrhoen dürfte in dem Katarrh zu suchen sein, der sich gerade bei Carcinom manchmal auf der Schleimhaut entwickelt. Bisweilen kann die Verstopfung, die ja tage-, bis wochen-, bis monatelang anhält, plötzlich dadurch gehoben werden, dass die Darmstenose durch ulcerösen Zerfall des Carcinoms frei wird, was man sich stets, um vorkommenden Falles einen schweren diagnostischen Irrtum zu vermeiden, vergegenwärtigen muss. Im Gefolge dieser chronischen Verstopfung tritt dann Appetitlosigkeit, Spannung und Druckgefühl im Bauche, bisweilen auch geringer, circumscripter Schmerz auf. Wird nun nicht auf die eine oder andere Weise die Obstipation gehoben, so entwickelt sich allmählich ein vollkommener Darmverschluss, der dann Übelkeit, Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, Erbrechen usw. verursacht.

Der Stuhl ist bisweilen, wie bei Fall X, schafkotähnlich und bröcklich, was, wenn auch nicht für Carcinom, so doch für eine Darmstenose spricht.

Als beunruhigende Erscheinung sollten jedoch stets die Blutbeimengungen der Stühle aufgefasst werden, welche sich fast konstant beim Darmkrebs finden; auch bei unseren Fällen sind sie durchschnittlich beobachtet worden. Bei dem einen sind es nur geringe Blutspuren, so dass sie fälschlicherweise vielfach den Verdacht auf Hämorrhoiden erwecken, während es bei anderen zu umfangreicheren Blutungen aus dem Anus kommt, besonders im Fortschreiten der Krankheit. Dasselbe gilt ungefähr von den Eiterbeimengungen, die natürlich nur bei exulcerierten Tumoren angetroffen werden. Beide Erscheinungen sollten stets eine Dipitaluntersuchung von Seiten des Arztes anregen; denn die Beobachtung hat gelehrt, dass solche Beimengungen des Stuhls, besonders eine Mischung von Blut und eitriger, schleimiger Masse sich nur bei Carcinomen und der dysenterischen Verschwärung findet. Da nun die letztere leicht zu diagnosticieren ist, so ersieht man daraus, wie wichtig solche Beimengungen für die Diagnose des Darmkrebses sind.

Vollkommen wird diese natürlich erst sicher gestellt, wenn wir in den Faeces Teile des Geschwulstes vorfinden; das ist jedoch nur äusserst selten der Fall.

Vor allen Dingen ist es wichtig, dass wir den Tumor selbst palpieren können. Bei unseren Fällen ist dies immer möglich gewesen; zuweilen aber können Meteorismus und Kotsteine die Palpation ausserordentlich erschweren resp. Irrtümer erregen. Ob es sich um einen Kottumor oder um einen wirklichen Tumor handelt, ist oft schwer zu unterscheiden, doch werden innerlich gegebene Abführmittel verbunden mit grossen Irrigationen von Wasser oder Oel in den meisten Fällen die Entscheidung herbeiführen, besonders, wenn man zugleich die Anamnese und die sonstigen Erscheinungen genügend berücksichtigt.

Schwierigkeiten werden der Diagnose auch noch durch andere Verhältnisse geboten. Abgesehen von peritonitischen

Exsudaten können es Pyroluscarcinome, besonders bei dislociertem Magen, Schnürlappen der Leber, vor allem aber Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane sein, welche die Differentialdiagnose erschweren. Bei Fall VII z. B. war bei der Patientin von dem behandelnden Arzte eine Wanderniere und von einem andern Kollegen ein Ovarialtumor diagnosticiert worden. Eine genaue bimanuelle Untersuchung per vaginam, wie sie in solchen zweifelhaften Fällen in unserer Klinik stets ausgeführt wird, unter besonderer Berücksichtigung der begleitenden Momente muss hier die Diagnose sichern.

Über das Auftreten von Metastasen habe ich schon im Anfange der Arbeit gesprochen. Auch bei einigen unserer Fälle war die klinische Diagnose auf metastatische Herde in Leber und Lunge gestellt worden, was sich durch die Autopsie bestätigte.

Was ich hier über die Dickdarmkrebse im allgemeinen gesagt habe, gilt natürlich auch von den Mastdarmkrebsen im besondern. Verhältnismässig ist hier die Diagnose leichter, weil der Tumor dem touchierenden Finger gewöhnlich zugänglich ist. Der Schmerz pflegt beim Rectumcarcinom viel stärker hervorzutreten, besonders beim Stuhlgang. Dieser ist natürlich ebenso wie beim Dickdarmkrebs angehalten, trotzdem der Drang zur Defäkation besonders stark ist. Vielfach halten auch die Kranken den Stuhl selbst an, weil sie die furchtbaren Schmerzen scheuen. Durch krebsige Prozesse am Anus kommt es zuweilen zur Zerstörung oder Paralyse des Sphincter ani, wie bei Fall II. Dass auch Diarrhoeen vorkommen, ersahen wir aus unseren Krankengeschichten. Leube betont die Thatsache, dass eine sehr häufige und zugleich frühzeitige Begleiterscheinung des Mastdarmkrebses Hämorrhoidalknoten sind. Davon zeigt uns Fall IV ein Beispiel. Dessen sollte man stets eingedenk sein und nicht die durch Carcinom verursachten Blutungen auf die Hämorrhoiden schieben, sondern sich stets

durch eine Digitaluntersuchung von dem wahren Sachverhalte überzeugen.

Von besonderem Interesse wegen des eigenartigen Verlaufes ist Fall VIII. Das Leiden fing bei dieser Patientin ganz plötzlich mit Schüttelfrost, Fieber, Schmerzen in der einen Seite und heftigen Kopfschmerzen an; Appetit war nicht vorhanden, dagegen sehr viel Durst, bisweilen Erbrechen. Der Stuhlgang war gewöhnlich hart, doch sehr unregelmässig. Da kann es uns denn gar nicht Wunder nehmen, wenn der behandelnde Arzt zunächst auf Typhus abdominialis diagnosticierte, geht doch dieser gewöhnlich mit solchen Erscheinungen einher; auch der unregelmässige, bald harte, bald dünne Stuhlgang würde nur dafür sprechen. Dass das eine oder andere, sonst für Typhus charakteristische Symptom fehlt, ist ebenfalls bei dieser Krankheit keine Seltenheit. Und so wurde denn auch bei der Aufnahme der Patientin in die medizinische Klinik zuerst an Typhus gedacht, aber die Diagnose vorläufig in suspenso gelassen, bis plötzlich der Stuhl Blutbeinengungen enthielt und so den Verdacht auf Carcinoma recti hervorrief; die Exploratio per anum rechtfertigte denn auch diesen Verdacht. Dass hin und wieder Fieber bei Darmkrebs auftritt, ist feststehende Thatsache. Ob nun in diesem Falle die peritonitische Reizung durch das Carcinom oder eine gleichzeitig bestehende Bronchitis, oder beide Faktoren dasselbe bedingt haben, wollen wir dahin gestellt sein lassen; jedenfalls aber trägt so ein plötzlich auftretendes Fieber immer, weil es beim Darmkrebs so selten ist, zur Verdunkelung des Thatbestandes bei, und dieser Fall mahnt uns wiederum, wie vorsichtig man bei solchen Krankheiten mit der Diagnose sein muss.

Es erübrigt nun noch, auf die hier beobachteten Fälle von Dünndarmkrebs einzugehen. Trotz der grossen Seltenheit dieser Krebse stehen mir doch drei Fälle zur Verfügung: einer aus dem Jahre 1886, Carcinoma duodeni, und zwei aus dem Jahre 1896, ein Carcinoma duodeni und ein Ileumcarcinom.

Ich will nur kurz über dieselben berichten, da die beiden letzteren bereits in Dissertationen von Körner und Lautenschläger genauer beschrieben sind, worauf ich hiermit verweise (1896, Verlag von Jul. Abel, Greifswald).

Bei dem ersten Falle aus dem Jahre 1886 handelt es sich um den 22jährigen Arbeiter D., dessen Eltern gesund sind, ebenso wie er selbst es bis zum Beginne seines jetzigen Leidens war. Vor 5 Wochen hat er sich stark erkältet. Seit der Zeit bestehen Diarrhoeen, der Stuhl sieht grauweiss aus. Andere Symptome fehlen, bis vor etwa 14 Tagen sich eine gelbe Verfärbung der Haut einstellt; dann tritt auch Appetitlosigkeit, Erbrechen und Stuhlverstopfung ein. Aufnahme am 6. November 86.

Das Abdomen ist nicht aufgetrieben, Gegend des Magens und Duodenums ist schmerzhaft, der Schmerz wird auf Druck vermehrt. Die Faeces sind weiss und hart; ein Tumor ist nirgends zu fühlen. Die Diagnose wird auf Icterus catarrhalis gestellt. Die Therapie besteht in Diät, Vermeidung von Fetten u. s. w. Im weiteren Verlaufe nimmt der Schmerz immer mehr zu, Stuhl und Urin sind bisweilen gallig gefärbt, Schweiss, geringes Fieber; am 25. XI. 1886 erfolgte der Exitus.

Die Sektion ergab ein Carcinom an der Einmündungsstelle des Ductus choledochus, Metastasen waren nicht da.

Bei dem von Körner beschriebenen Falle handelt es sich um einen 69jährigen Arbeiter. Die Erscheinungen und der Verlauf sind denen des eben genannten Falles ziemlich ähnlich, es fehlt aber der Icterus. Ausserdem war es möglich, die Diagnose auf ein Neoplasma malignum in Abdomine zu stellen, weil bei der Palpation sich deutlich der Tumor fühlen liess. Zugleich waren die Inguinaldrüsen geschwollen; die Sektion ergab ein grosses Carcinom des Duodenum, welches merkwürdigerweise zahlreiche und ausgedehnte Metastasen des Ileum und Iejunum zeigte.

Der dritte Fall, welcher von Lautenschläger beschrieben ist, ähnelt in gewisser Weise dem schon vorher genannten Fall VIII der Dickdarmkrebse; auch er ist wegen seines eigenartigen Verlaufes bemerkenswert. Es handelt sich um die 37 jährige Erzieherin Q. Sie ist stets bleichsüchtig und schwächlich gewesen. Vor einem Vierteljahre war sie in der hiesigen Klinik wegen Dyspepsia acida in Behandlung und wesentlich gebessert entlassen worden. Ihr Zustand war, wenn auch nicht ganz gut, so doch leidlich, bis sie vor drei Wochen wiederum erkrankte. Aufnahme am 31. August 1896.

Die Patientin ist stark abgemagert, das Gesicht fieberhaft gerötet (Temperatur 39,5), Zunge belegt, Appetit schlecht. Der Stuhl ist erbsenbreiartig, das Abdomen gering aufgetrieben, nirgends besonders schmerzhaft; es ist kein Tumor zu fühlen. Die Diagnose wird auf Typhus abdominalis? gestellt. Im weiteren Verlaufe wird der Stuhl fester, das Abdomen ist mehr oder weniger aufgetrieben und ausserdem schmerzhaft. Am 22. IX. erfolgte der Exitus. Die Sektion ergab ein perforiertes Ileumcarcinom.

Diese drei Fälle lassen genugsam erkennen, wie verschieden die Erscheinungen beim Dünndarmkrebs sind. Im grossen und ganzen pflegen ja die Magensymtome mehr in den Vordergrund zu treten, wie die des Darms, oder, wie beim ersten Falle, sind es die ikterischen Erscheinungen; doch ist dies alles sehr variabel, je nach dem Sitze des Carcinoms. Das sicherste diagnostische Mittel sogar, die Palpation des Tumors lässt uns meistens im Stiche. Wir sehen, wie machtlos man in sochen Fällen der Diagnose gegenüber ist. Und doch muss der innere Mediziner sein Hauptaugenmerk auf die möglichst frühzeitige Diagnose dieser unheimlichen Krankheit richten, er muss nichts ausser Acht lassen, was zur Klärung solch' dunkler Fälle beitragen kann, damit durch eine schleunige Operation dem unaufhaltsamen Fortschreiten der Krankheit Einhalt gethan werden kann.

Hoffen wir, dass der unaufhörliche Fortschritt der heutigen Medizin uns bald ein sicheres Diagnostisches und ein zuverlässiges therapeutisches Mittel bringen möge!

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheim. Medicinalrath Prof. Dr. Mosler, für die gütige Überweisung des Themas und Herrn Privatdoc. Dr. Leick für die liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung dieser Abhandlung meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Nothnagel, allgemeine Pathologie und Therapie, Bd. XVII.
Eulenburg, Real-Encyclopädie, Bd. V.
" " " Bd. III.
Cohnheim, allgemeine Pathologie, Bd. I.
Orth, pathologische Anatomie.
Jahrbuch der prakt. Medizin 1896, 1897 und 1898.
Wiener medizinische Blätter 1893.
Körner, Dissertation 1896.
Lautenschläger, Dissertation 1896.

Lebenslauf.

Ich, Rudolf Otto Julius August Raspe wurde geboren am 26. Oktober 1876 zu Neuenkirchen bei Greifswald als Sohn des ver storbenen Restaurateurs Rudolf Raspe und seiner Ehefrau Elise geb. Bäcker. Ich besuchte die Vorschule und das Gymnasium zu Greifswald von Ostern 1882 an und verliess es Ostern 1895 mit dem Zeugnis der Reife. Seitdem studierte ich an der hiesigen Universität Medizin. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich am 24. Febr. 1897, das Tentamen medicum am 22. Febr. 1899 und das Examen rigorosum am 1. März desselben Jahres.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten: Arndt, Ballowitz, Bonnet, v. Dewitz, Drönewolf, Gebhard, Gerstaecker, Gerulanos, Grawitz, Helferich, Holtz, Landois, Leick, Limpricht, Löffler, Mosler, Müller, Oberbeck, Pernice, Richarz, Schirmer, Schulz, Schütt, Solger, Strübing.

Allen diesen Herren, meinen verehrten Lehrern, auch an dieser Stelle meinen besten Dank.

Thesen.

I.

Bei Blutungen aus dem Anus solle man stets an die Möglichkeit eines Darmcarcinoms denken.

II.

Errichtung öffentlicher Bade-Anstalten ist überall erforderlich.

III.

Die Punction von Ovarialcysten ist zu verwerfen.